AltersTraumaRegister DGU®

Datenerhebungsbogen 2026

Einschlusskriterium:

Das Einschlusskriterium für das AltersTraumaRegister DGU® umfasst all jene Patienten, welche ein Alter von 70 Jahren oder älter erreicht haben, eine Fraktur des coxalen Femurs einschließlich periprothetischer Frakturen und periimplantärer Frakturen aufweisen und aufgrund dessen operiert wurden.

Aufnahme I **Pseudonymisierte ID:** _____ **Klinikinterne Patienten-ID:** _____

Aufnahme in die Unfallchirurgie:

Datum _____._____.20_____ Uhrzeit ____:_____ Uhr

Alter bei Aufnahme:

(In Verbindung mit dem Aufnahmezeitpunkt in die Unfallchirurgie wird das Alter des Patienten vom System errechnet)

Geburtsdatum bekannt _____._____._____

Wohnsituation vor Frakturereignis:

- O zu Hause oder betreutes Wohnen
- O Heim (Institution mit IK-Nummer)
- O Sonstiges: _____

Wo wurde sich die Fraktur zugezogen?

- O außerhalb von Krankenhaus oder Rehabilitations-einrichtung
- O im Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung

Zustand nach contralateraler coxaler Femurfraktur?

- O nein
- O ja

Falls ja, war diese innerhalb der letzten 12 Monate?

- O nein
- O ja

Osteoporosetherapie vor Frakturereignis:

Vitamin D

O ja O nein

Spezifische Osteoporosemedikation

O ja O nein

Wenn ja, welches Medikament wurde gegeben:

- O Bisphosphonat
- O Denosumab
- O Romosozumab
- O Parathormon
- O sonstige

Geschlecht:

O männlich O weiblich

Gehfähigkeit vor Frakturereignis:

- O selbständige Gehfähigkeit ohne Hilfsmittel
- O Gehfähigkeit außer Haus mit einem Gehstock oder einer Gehstütze
- O Gehfähigkeit außer Haus mit zwei Gehstützen oder Rollator
- O gewisse Gehfähigkeit in der Wohnung, aber außer Haus nur mit Hilfsperson
- O keine funktionale Gehfähigkeit (d.h. keine Nutzung der unteren Extremitäten möglich)

Antikoagulation bei Aufnahme:

O ja O nein

Falls ja, wann war die letzte Einnahme und bitte spezifizieren:

Datum _____._____.20____

Uhrzeit _____:_____ Uhr

- ☐ Vitamin-K-Antagonist
- ☐ Acetylsalicylsäure
- ☐ andere Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel)
- ☐ direkte Thrombininhibitoren (z.B. Dabigatran)

Sonstige:

- ☐ direkte Faktor-Xa-Inhibitoren (z.B. Rivaroxaban, Apixaban)
- ☐ Heparin, Heparinoid (z.B. Fondaparinux)
- ☐ andere: _____

Aufnahme II

Pseudonymisierte ID: _____ **Klinikinterne Patienten-ID:** _____

Geriatrisches Screening:

Wurde ein geriatrisches Screening durchgeführt?

O ja O nein

Ist der Patient laut dieses Tests ein geriatrischer Patient?

O ja O nein

Clinical Frailty Scale-Test

O 1 - Sehr fit
O 2 - Durchschnittlich aktiv
O 3 - Gut zurechtkommend
O 4 - Vulnerabel
O 5 - Geringgradig fragil
O 6 - Mittelgradig fragil
O 7 - Ausgeprägt fragil
O 8 - Extrem fragil
O 9 - Terminal erkrankt

Wenn ein geriatrisches Screening durchgeführt wurde, welcher Test wurde verwendet:

O ISAR (siehe unten)
O AFGiB/GSK
O Lachs
O TRST
O Barthel
O anderer

Delir-Screening:

O positiv O negativ

Wurde der NuDesc verwendet?

O ja O nein

Falls ja:

NuDesc-Summe: _____

ISAR-Test (Identification of seniors at risk)

O ISAR-Test vom Pat. komplett oder teilweise verweigert

Fragen zum ISAR-Test	ja	nein
Frage 1: Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?	O	O
Frage 2: Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?	O	O
Frage 3: Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?	O	O
Frage 4: Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?	O	O
Frage 5: Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?	O	O
Frage 6: Nehmen Sie pro Tag sechs oder mehr verschiedene Medikamente ein?	O	O

Prä-OP

ASA-Klassifikation:

- O 1 - Normaler, gesunder Patient
- O 2 - Patient mit leichter Allgemeinerkrankung
- O 3 - Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung
- O 4 - Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung ist.
- O 5 - moribunder Patient, der ohne Operation voraussichtlich nicht überleben wird

Zusätzliche Verletzungen:

O ja O nein

Falls ja, bitte spezifizieren

- ☐ Schädel-Hirn-Trauma
  Schwere des Schädel-Hirn-Traumas:
  - O GCS 3-12
  - O GCS 13-15
  - O nicht beurteilbar bei kognitiver Beeinträchtigung
- ☐ Wirbelsäulenverletzung
- ☐ andere/weitere: _____

Fraktur und/oder Luxation von:

- ☐ oberer Extremität (ipsilateral)
- ☐ oberer Extremität (kontralateral)
- ☐ unterer Extremität (ipsilateral)
- ☐ unterer Extremität (kontralateral)
- ☐ Becken

Labor:

Hämoglobin	_____	g/dl oder mmol/l *
Thrombozytenzahl	_____	µl oder gpt/l *
TPZ (Quick)	_____	%
INR	_____	[ohne Einheit]
Albumin	_____	g/l oder mg/dl *
Natrium	_____	mmol/l
GFR	_____	ml/min/1,73
Kalium	_____	mmol/l
Leukozyten	_____	1/µl
CRP	_____	nmol/l

Frakturtyp:

- O medial / intrakapsulär (laterale/mediocervicale Frakturen sind als pertrochantäre Frakturen zu werten)
  - O Garden I, II (nicht disloziert)
  - O Garden III, IV (dislozierd)
- O pertrochantär AO 31
  - O A1
  - O A2
  - O A3
- O rein subtrochantär
- O periprothetische Fraktur (Vancouver-Klassifikation)
  - O Typ A
  - O Typ B
    - O B1
    - O B2
    - O B3
  - O Typ C
- O periimplantäre Fraktur
- O Osteosyntheseversagen
- O andere: _____

Pathologische Fraktur:

- O nein
- O malignom
- O atypisch

Medikamentöse Gerinnungstherapie vor der OP?

	ja	nein
Tranexamsäure	O	O
Fibrinogen	O	O
PPSB	O	O
Antidot DOA	O	O
Vitamin K	O	O

* Bitte die in Ihrem Haus verwendeten Einheiten unterstreichen (die Einheiten können über eine Mitteilung an den Support über support-atr@auc-online.de in den Masken angepasst werden).

OP

OP Datum & Schnittzeit:

Datum _____._____.20_____ Uhrzeit _____:_____

Narkoseform:

□ Vollnarkose

□ Spinalanästhesie

□ andere: _____

Medikamentöse Gerinnungstherapie:

	ja	nein
Tranexamsäure	O	O
Art der Anwendung: O lokal O systemisch O lokal und systemisch		
Fibrinogen	O	O
PPSB	O	O
Antidot DOA	O	O
Vitamin K	O	O

Der Patienten-Gesundheitsfragebogen EQ-5D ist an den unten genannten Tagen auszufüllen:

(s. Seite 5 und 6, vom Patienten oder mit Hilfe Dritter auszufüllen)

Tag 7 Post-OP ist der _____._____.20_____

Tag 120 Post-OP ist der _____._____.20_____
(bitte berechnen)

Operationsverfahren:

□ Schrauben (ohne dynamische Hüftschraube)

□ Dynamische Hüftschraube

□ Marknagel

- O geschlossen
- O offen ohne Cerclage
- O offen mit Cerclage

□ Duokopf-Prothese / Bipolar-Prothese

□ Total-Endoprothese

□ anderes Operationsverfahren: _____

Bei periprothetischer / periimplantäre Fraktur:

□ Prothesen-/Implantatwechsel

□ Osteosynthese (zusätzliche)

Patient auf Intensivstation/IMC/PACU oder ähnliches verlegt?

O ja O nein

Falls ja, bitte Grund angeben

O geplant, zur Routineüberwachung

O intraoperative Komplikationen

Länger als 24h auf Intensivstation/IMC/PACU:

O ja O nein

1. Post-OP Woche

Pseudonymisierte ID: _____ **Klinikinterne Patienten-ID:** _____

Mobilisation am 1. post-OP-Tag

Vollbelastung der Fraktur erlaubt? O ja O nein

Mobilisation wurde durchgeführt?

(mindestens bis an die Bettkante)

O ja, bis an die Bettkante

O ja, über die Bettkante hinaus

O nein

Bei ja: Mobilisation durch die Physiotherapie

O ja O nein

Gehfähigkeit am 7. post-OP-Tag:

O ohne Hilfsmittel

O mit Hilfsmittel

O nicht möglich

Hat eine Mitbehandlung durch Geriater stattgefunden?

O ja O nein

Wenn ja: Wann erfolgte der erste Kontakt durch einen Geriater?

Datum: ____.____.20____ Uhrzeit: ____:____ Uhr

Wenn ja: Erfolgte der Kontakt

O am Patientenbett

O Telefonisch

O Telemedizinisch (Videoübertragung)

Gab es nicht-chirurgische Komplikationen während des Aufenthaltes:

O ja O nein

Falls ja, welche:

□ Dekubitus

Falls ja: □ dieser lag bereits bei Aufnahme vor

□ Myokardinfarkt

□ Thrombose

□ Lungenembolie

□ Niereninsuffizienz

O akut O akut auf chronisch

minimale GFR _____ ml/min/1,73

□ Delir

O konservative Behandlung

O medikamentöses Management

O beides

□ Harnwegsinfektion

□ Pneumonie

□ Sonstige _____

Osteoporosetherapie bis 7. post-OP-Tag:

Vitamin D

O ja O nein O empfohlen

Spezifische Osteoporosemedikation

O ja O nein O empfohlen

Wenn ja, welches Medikament wurde gegeben:

O Bisphosphonat

O Denosumab

O Romosozumab

O Parathormon

O sonstige

Durchführung EQ5D am 7. Tag Post-OP Bitte nutzen Sie hier den Fragebogen auf Seite 9.

Entlassung / Verlegung I

Pseudonymisierte ID:_____ **Klinikinterne Patienten-ID:** _____

Entlassung aus dem AltersTraumaZentrum:

Datum _____._____.20_____

Entlassen durch:

O Unfallchirurgie

O Akutgeriatrie

O andere Krankenhausabteilung

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung während Aufenthalt durchgeführt?

O ja O nein

Hämostase-Therapie:

Bluttransfusion (EK) _____ Einheiten

Frischplasma (FFP) _____ Einheiten oder ml

Thrombozytenkonzentrat _____ Einheiten oder ml

Re-OP während Aufenthalt:
(nur infolge gleicher coxaler Femurfraktur)

O ja O nein

Falls ja, bitte spezifizieren:

Datum der Re-OP: _____._____.20_____

Grund für Re-OP?

O Infektion

O Hämatom/Serom

O Periprothetische Fraktur

O Versagen der Osteosynthese/Endoprothese

O Sonstiges

Entlassen nach:

O zu Hause oder betreutes Wohnen

Mit ambulanter rehabilitativer Versorgung?
O ja O nein

O Heim (Institution mit IK-Nummer, inklusive Kurzzeitpflege)

O Geriatrische Rehabilitationsklinik
(inklusive Patienten, die zwischen Akutkrankenhaus und geriatrischer Reha einige Tage zu Hause waren)

O Akut-Geriatrie

O AHB-Klinik

O anderes Krankenhaus/andere Fachabteilung innerklinisch

Todesursache:

O kardiale Dekompensation

O Tumor

O pulmonale Dekompensation

O Sepsis

O Niereninsuffizienz

O MOV

O intraoperative Zementreaktion

O Sonstige _____

(Palliative) Therapiebegrenzung:

O ja O nein

Patienteneinwilligung:

□ Einwilligung zur Durchführung des Follow-Up liegt vor

Durchgeführte Maßnahmen bei Re-OP während Aufenthalt:

	Relevanteste Maßnahme	Zweit-relevanteste Maßnahme
Reposition (nach Luxation)	□	□
Spülung / Débridement	□	□
Entfernung von Implantat oder Osteosynthesematerial	□	□
Revision der Osteosynthese	□	□
Konversion in Duokopfprothese	□	□
Konversion in HTEP	□	□
Girdlestone-OP	□	□
Teilwechsel Prothese	□	□
Wechsel Prothese/Implantat	□	□
Osteosynthese	□	□
Sonstiges (lokal)	□	□

Entlassung / Verlegung II **Pseudonymisierte ID:** _____ **Klinikinterne Patienten-ID:** _____

Zweite Re-OP während Aufenthalt:
(nur infolge gleicher coxaler Femurfraktur)

O ja O nein

Falls ja, bitte spezifizieren:

Datum der Re-OP: _____._____.20_____

Grund für zweite Re-OP?

O Infektion
O Hämatom/Serom
O Periprothetische Fraktur
O Versagen der Osteosynthese/Endoprothese
O Sonstiges

Durchgeführte Maßnahmen bei zweiter Re-OP während Aufenthalt:

	Relevanteste Maßnahme	Zweit-relevanteste Maßnahme
Reposition (nach Luxation)	☐	☐
Spülung / Débridement	☐	☐
Entfernung von Implantat oder Osteosynthesematerial	☐	☐
Revision der Osteosynthese	☐	☐
Konversion in Duokopfprothese	☐	☐
Konversion in HTEP	☐	☐
Girdlestone-OP	☐	☐
Teilwechsel Prothese	☐	☐
Wechsel Prothese/Implantat	☐	☐
Osteosynthese	☐	☐
Sonstiges (lokal)	☐	☐

Dritte Re-OP während Aufenthalt:
(nur infolge gleicher coxaler Femurfraktur)

O ja O nein

Falls ja, bitte spezifizieren:

Datum der Re-OP: _____._____.20_____

Grund für dritte Re-OP?

O Infektion
O Hämatom/Serom
O Periprothetische Fraktur
O Versagen der Osteosynthese/Endoprothese
O Sonstiges

Durchgeführte Maßnahmen bei dritte Re-OP während Aufenthalt:

	Relevanteste Maßnahme	Zweit-relevanteste Maßnahme
Reposition (nach Luxation)	☐	☐
Spülung / Débridement	☐	☐
Entfernung von Implantat oder Osteosynthesematerial	☐	☐
Revision der Osteosynthese	☐	☐
Konversion in Duokopfprothese	☐	☐
Konversion in HTEP	☐	☐
Girdlestone-OP	☐	☐
Teilwechsel Prothese	☐	☐
Wechsel Prothese/Implantat	☐	☐
Osteosynthese	☐	☐
Sonstiges (lokal)	☐	☐

Follow-Up 120 Tage Post-OP **Pseudonymisierte ID:** _____ **Klinikinterne Patienten-ID:** _____

Follow-Up-Daten erhoben am?

Datum _____._____.20_____

Konnte der Patient kontaktiert werden?

O ja O nein

Aufenthaltsort nach 120 Tagen:

O zu Hause oder betreutes Wohnen

O Heim (Institution mit IK-Nummer)

O Geriatrische Rehabilitationsklinik

O AHB-Klinik

O Akutgeriatrie

O Unfallchirurgie

O andere Krankenhausabteilung

O Tod Datum: _____._____.20_____

O Datum unbekannt

O Sonstiges: _____

O Unbekannt

Gehfähigkeit nach Fraktur

O selbständige Gehfähigkeit ohne Hilfsmittel

O Gehfähigkeit außer Haus mit einem Gehstock oder einer Gehstütze

O Gehfähigkeit außer Haus mit zwei Gehstützen oder Rollator

O gewisse Gehfähigkeit in der Wohnung, aber außer Haus nur mit Hilfsperson

O keine funktionale Gehfähigkeit
(d.h. keine Nutzung der unteren Extremitäten möglich)

Osteoporosetherapie an Tag 120 Post-OP?

Vitamin D

O ja O nein

Spezifische Osteoporosemedikation

O ja O nein

<u>Wenn ja</u>, welches Medikament wurde gegeben:

O Bisphosphonat

O Denosumab

O Romosozumab

O Parathormon

O sonstige

Wiederaufnahme? (aufgrund identischer coxaler Femurfraktur)

O ja O nein

Ist eine Folgefraktur nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus aufgetreten?

O ja O nein

Contralaterale coxale Femurfraktur nach Entlassung aus Akutkrankenhaus?

O ja O nein

Gab es nicht chirurgische Komplikationen nach dem Aufenthalt?

O ja O nein

<u>Falls ja, welche:</u>

☐ Myokardinfarkt

☐ Thrombose

☐ Lungenembolie

☐ sonstige Komplikationen

Re-OP innerhalb 120 Tage post-OP

(nur infolge gleicher coxaler Femurfraktur)

O ja O nein

<u>Falls ja, bitte spezifizieren:</u>

(nur relevanteste nach Entlassung Akutkrankenhaus)

Datum der Re-OP _____._____.20_____

☐ Reposition (nach Luxation)

☐ Spülung / Débridement

☐ Entfernung von Implantat oder Osteosynthesematerial

☐ Revision der Osteosynthese

☐ Konversion in Duokopfprothese

☐ Konversion in HTEP

☐ Girdlestone-OP

☐ Peri-Prothetische- / Peri-Implantat-Fraktur

☐ Sonstiges (lokal) _____

Durchführung EQ5D am Tag 120 Post-OP

Bitte nutzen Sie hier den Fragebogen auf <u>Seite 10</u>.

Patienten-Gesundheitsfragebogen EQ-5D 5L für den Tag 7 Post-OP

Pseudonymisierte ID: _____ **Klinikinterne Patienten-ID: _____**

Datum _____._____.20_____

Ausfüllen des Bogens

- O Dieser Fragebogen wurde vom Patienten selbstständig beantwortet und ausgefüllt.
- O Dieser Fragebogen wurde von bzw. mit Hilfe einer dritten Person beantwortet und ausgefüllt.
- O Fremdeinschätzung
- O unbekannt

Beweglichkeit / Mobilität

Ich habe keine Probleme herumzugehen	O
Ich habe leichte Probleme herumzugehen	O
Ich habe mäßige Probleme herumzugehen	O
Ich habe große Probleme herumzugehen	O
Ich bin nicht in der Lage herumzugehen	O

Für sich selbst sorgen

Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	O
Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	O
Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	O
Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	O
Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	O

Alltägliche Tätigkeiten
(z.B.: Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	O
Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	O
Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	O
Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	O
Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	O

Schmerzen / körperliche Beschwerden

Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden	O
Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden	O
Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden	O
Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden	O
Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden	O

Angst / Niedergeschlagenheit

Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	O
Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert	O
Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert	O
Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert	O
Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	O

Patienten-Gesundheitsfragebogen EQ-5D 5L für den Tag 120 Post-OP

Pseudonymisierte ID: _____ **Klinikinterne Patienten-ID:** _____

Datum _____._____.20_____

Ausfüllen des Bogens

- O Dieser Fragebogen wurde vom Patienten selbstständig beantwortet und ausgefüllt.
- O Dieser Fragebogen wurde von bzw. mit Hilfe einer dritten Person beantwortet und ausgefüllt.
- O Fremdeinschätzung
- O unbekannt

Beweglichkeit / Mobilität

Ich habe keine Probleme herumzugehen	O
Ich habe leichte Probleme herumzugehen	O
Ich habe mäßige Probleme herumzugehen	O
Ich habe große Probleme herumzugehen	O
Ich bin nicht in der Lage herumzugehen	O

Für sich selbst sorgen

Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	O
Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	O
Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	O
Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	O
Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	O

Alltägliche Tätigkeiten

(z.B.: Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	O
Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	O
Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	O
Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	O
Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	O

Schmerzen / körperliche Beschwerden

Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden	O
Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden	O
Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden	O
Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden	O
Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden	O

Angst / Niedergeschlagenheit

Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	O
Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert	O
Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert	O
Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert	O
Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	O